

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1031.

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

COMME

TRAITEMENT DE CERTAINES SALPINGITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DUQUAIRE Maurice

Né à Lyon, le 24 décembre 1868.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON (CONCOURS DE 1889)

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT (CONCOURS DE 1892).



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1031.

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

COMME

TRAITEMENT DE CERTAINES SALPINGITES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DUQUAIRE Maurice

[Né à Lyon, le 24 décembre 1868.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON (CONCOURS DE 1889)

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT (CONCOURS DE 1892).



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	X.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (Étienne).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BARRAL } chargés des foncti ^{ns}
DIDELOT.	RODET.	MOREAU } d'agrégés.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président*; M. FOCHIER, *Assesseur*; MM. VIALLETON et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE DANIEL MOLLIÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur LAROYENNE.

AUX PROFESSEURS OLLIER, BONDET & ARLOING

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

AVANT-PROPOS.

Au terme de notre scolarité médicale, notre plus cher devoir est d'exprimer notre respectueuse et profonde gratitude aux maîtres éminents et dévoués auprès desquels nous avons pu, soit comme étudiant, soit comme externe, soit comme interne suppléant, recueillir les meilleurs enseignements et observer les plus sûres applications de la science utile entre toutes, celle dont l'objectif est de conserver ou restituer à l'homme, l'intégrité de ses forces et de ses facultés.

A M. le professeur Laroyenne, pour le grand honneur qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse et pour la sollicitude qu'il nous a témoignée pendant que nous avons été son externe et depuis que nous avons quitté son service.

A MM. les professeurs Ollier, Bondet et Poncet et, MM. les professeurs agrégés Gangolphe et Linossier qui nous ont prodigué pendant le temps que nous avons passé sous leur direction, des marques d'intérêt et de sympathie dont nous sommes heureux de nous glorifier.

A M. le professeur agrégé Condamin qui a particulièrement droit à notre reconnaissance car c'est à lui que nous devons l'idée directrice de ce travail en même temps que de précieuses indications.

Et à MM. les médecins des hôpitaux Humbert, Mollère et Leclerc auxquels nous devons toute notre gratitude pour leurs utiles conseils et pour leur affectueuse bienveillance.

PRÉLIMINAIRES.

DÉFINITION. — DIVISION DES SALPINGITES.

RÉACTION ACTUELLE

**contre les tendances interventionnistes
de ces dernières années.**

Le mot salpingite signifie inflammation d'une trompe.
Il y a plusieurs sortes de salpingites.

Pozzy les divise en :

1° Salpingites non kystiques :

- a) aiguë catarrhale,
- b) aiguë purulente,
- c) chronique parenchymateuse, hypertrophique ou atrophique.

2° Salpingites kystiques :

- a) hydrosalpinx,
- b) hématosalpinx,
- c) pyosalpinx.

Auvard adopte une classification analogue.

1° Salpingites non kystiques :

a) Muqueuses,

1° catarrhale ou séreuse. *Hydrosalpingite*.

2° hémorragique *Hématosalpingite*.

3° purulente. *Pyosalpingite*.

2° Salpingites kystiques :

1° hydrosalpinx,

2° hématosalpinx,

3° pyosalpinx.

Mais, pour le but spécial qui nous occupe, nous préférons adopter la division de Froriep (1).

Celui-ci divisait l'hydrops tubœ en deux espèces : *aperta* et *occlusa* suivant qu'il y avait ouverture ou occlusion de l'extrémité interne.

L'hydrops *aperta* comprend donc toutes les salpingites catarrhales et purulentes non kystiques de Pozzi ou bien les trois variétés de salpingites muqueuses d'Auvard ; l'hydrops *occlusa* comprend les hydro, hémato et pyosalpinx des deux auteurs.

Une seule variété n'est pas implicitement contenue ; c'est la salpingite parenchymateuse. Nous aurons d'ailleurs fort peu à nous en occuper dans la suite, mais nous l'ajouterons à notre division pour qu'elle soit complète.

(1) R. Froriep. — Beobachtung einer Wahren sackwassersucht der Fallopischen Trompeten. (Medic. Zeit. Berlin, 1834, N° 1, p. 3 et suiv.)

En revanche, Froriep a observé et décrit une variété de salpingite qui est tantôt aperta, tantôt occlusa, qui est intermédiaire entre les deux autres, une sorte de salpingite kystique intermittente ; c'est son *hydrops tubæ profluens*.

Notre division sera donc calquée sur celle de Froriep :

Salpingite ouverte.

Salpingite profluente.

Salpingite fermée.

Salpingite parenchymateuse.

Cette division a pour nous l'avantage d'envisager les salpingites à un point de vue purement mécanique et répond bien à notre intention qui est d'étudier la pathogénie mécanique des salpingites, afin de leur instituer un traitement mécanique également.

Notre raisonnement est le suivant : une salpingite ouverte ayant un écoulement bien libre du côté de l'utérus est beaucoup moins grave qu'une salpingite kystique et tend naturellement vers la guérison. Malheureusement une trompe, surtout si elle est enflammée, peut présenter des coudures ou torsions qui interrompent sa continuité et la rendent kystique, par simple juxtaposition de ses parois d'abord (salpinx profluent), par cloisonnement fibreux indélébile ensuite (salpinx fermé). Le traitement que nous allons préconiser a pour but, en fixant solidement l'utérus dans une position élevée, à la paroi abdominale antérieure, de tirer sur les trompes et, par là même, de les redresser. En supprimant la cause on doit supprimer l'effet ; par conséquent rendre à la salpingite kystique pro-

fluente une perméabilité perdue; conserver à la salpingite ouverte une perméabilité compromise. Quant aux opérations radicales qui entraînent la perte de la fonction ovarienne, nous les réservons presque exclusivement à nos salpinx fermés évidemment incompatibles avec l'intégrité ou le rétablissement de cette fonction.

On a d'abord fait un réel abus de ces opérations radicales, dans le traitement des salpingites. Des femmes jeunes qui présentaient simplement quelques phénomènes douloureux du côté de leurs annexes ont subi la castration ou encore l'hystérectomie totale vaginale ou abdominale appelée par Péan castration utérine. Après l'opération, lorsqu'on examinait la pièce enlevée, on était souvent assez surpris de trouver des annexes saines ou, du moins encore capables de remplir leurs fonctions. Souvent aussi, des femmes qui avaient refusé l'intervention présentée comme nécessaire guérissent et devinrent grosses, à la grande confusion de leurs chirurgiens. Le cas est arrivé récemment à la clinique gynécologique de Lyon où cependant, on est loin d'être interventionniste à outrance.

Walton (1) exprime la même opinion lorsqu'il dit :
« Il est certain que la grande majorité des cas de
« salpingite et de péritonite n'a pas une issue fatale...
« L'expérience démontre que la plupart des malades

(1) Contribution de l'étude de la pelvi-péritonite. Mémoires de l'Académie royale de médecine de Bruxelles, t. VIII, 5^e fascicule.

« se rétablissent ; beaucoup même se remettent si bien
« que, non seulement elles n'éprouvent que peu
« d'inconvénients de leur maladie, mais qu'elles peu-
« vent encore ultérieurement avoir des enfants. »

A l'appui de notre affirmation, relatons quelques exemples :

D'après Pichevin (1), dans un seul hôpital de province, on aurait enlevé, en 1885, les deux ovaires à 111 femmes. N'est-ce pas un véritable péril social ?

Pour Lawson-Tait (2), qui écrivait en 1887, lorsqu'une femme a une trompe suspecte, il faut enlever les annexes des deux côtés ; « même quand les annexes d'un seul côté sont affectées ; l'opération, pour donner à la malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale ». Cependant on voit tous les jours des femmes ayant eu des inflammations unilatérales graves des annexes, confirmées par l'opération, qui deviennent grosses. Ainsi, tout récemment, M. Gouilloud, au 8^e Congrès de chirurgie tenu à Lyon, en a présenté 14 observations. Sur ces 14 femmes, 11 avaient subi la salpingotomie unilatérale par la méthode de Laroyenne ; les 3 autres, l'ablation unilatérale des annexes ; toutes devinrent grosses. L'influence de ces grossesses sur les anciennes lésions n'auraient pas été nuisible. « Elle a été, dit Gouilloud, manifestement favorable.

(1) Pichevin. Thèse de Paris 1889, p. 31. Des abus de la castration chez la femme.

(2) L. Tait on The resultats of unilateral removal of the utrine appendages amer. Journ. of. obsb. 1887, p. 478.

« Le ramollissement normal des tissus utérin et
« vaginal pendant la grossesse et la distension des
« ligaments amènent progressivement aussi le ramol-
« lissement et la distension des brides et cicatrices de
« la périmérite : ainsi disparaissent les dernières
« traces de l'affection primitive. Les faits observés
« sont donc en contradiction avec les craintes signa-
« lées par les auteurs pour les grossesses survenues
« dans de telles conditions, du moins quand un débrì-
« dement large a vidé les trompes du pus qu'elles
« contenaient. » Cette opinion a été trouvée non fausse,
mais un peu trop absolue, par M. Fochier, qui a signalé
quelques cas où la grossesse aurait réveillé d'anciennes
inflammations endormies.

Walton (1) (de Gand), en 1888 encore, constate et
déploie cette *furor secandi*. « Un courant puissant, un
« engouement exagéré semble entraîner les chirurgiens
« à pratiquer parfois aveuglément l'ablation des
« annexes de l'utérus, sans indications suffisantes et
« sans avoir épuisé ou seulement tenté tous les
« moyens propres à obtenir la guérison, *sans enlever*
« *à la femme les organes qui constituent son sexe*. Des
« voix autorisées se sont déjà plusieurs fois élevées
« contre cet entraînement irréfléchi qui tend à discréd-
« iter une opération admirable lorsqu'elle est indi-
« quée. Ces observations qui s'adressaient, il y a peu
« de temps encore, aux chirurgiens anglais, alle-
« mands, et particulièrement aux opérateurs améri-

(1) Walton. Du drainage de la cavité utérine, 1888, Gand.

« cains, deviennent aujourd'hui applicables aux
« français. Ainsi Terrillon, Lucas-Championnière, etc.,
« châtrèrent les femmes pour les métrorragies graves
« *sans fibromes, de cause inconnue*. Championnière
« avoue même que, dans nombre de cas opérés par
« lui, il lui a été impossible de trouver une lésion des
« annexes.

« C'est aller plus loin que Battey, Tait, Keith, etc.,
« qui n'ont pas encore osé aller jusqu'à décréter la
« castration pour les métrorragies même graves, de
« cause inconnue. »

Et cependant, quelle doit être la culpabilité d'un chirurgien qui, d'un coup de ciseaux ou de bistouri donné à la légère, supprime non seulement la descendance directe d'une femme, mais peut-être encore une nombreuse postérité !

Tout abus appelle une réaction.

Emmet (1) le prévoyait bien lorsqu'il écrivait : « Mais
« je suis convaincu que, dans les 2/3 des cas opérés
« aujourd'hui, aucun chirurgien ayant quelque respect
« de sa réputation, ne voudra les opérer dans cinq ans
« d'ici. » Il ne se trompait pas.

Beaucoup de chirurgiens reconnaissent leur erreur. Polk (2) avoue qu'il a été trop interventionniste : « Il
« y a un an, dit-il, si l'on m'avait demandé s'il fallait

(1) In Thèse de Pichevin.

(2) Polk. Transactions of The American Gynecological society.

« enlever les trompes et les ovaires dans le cas de
« salpingite, j'aurais répondu oui; mais quelques
« expériences sur la table d'opérations m'ont permis de
« douter de cette affirmation. »

Wilie et Croom sont dans le même cas; ils prennent la résolution de ne plus opérer comme ils l'ont fait auparavant, les indications sont plus restreintes qu'on le croyait (1).

Actuellement, en France surtout, un grand courant s'établit parmi les Gynécologues en faveur des opérations conservatrices.

C'est ce que constatent Labadie-Lagrave et Basset, dans un article datant seulement de quelques jours (2).
« Nombre de femmes, en effet, disent-ils, ont subi la
« castration sans grand bénéfice, alors qu'elles
« auraient pu être guéries ou très améliorées par des
« procédés plus conservateurs. A la suite de cet usage
« excessif des opérations radicales en gynécologie, une
« réaction n'a pas tardé à se produire. Depuis quel-
« ques années, beaucoup de chirurgiens, autrefois
« grands partisans de la salpingo-oophorectomie, se
« contentent, dans certains cas, d'évacuer le pus d'une
« pyosalpinx, de détruire les adhérences, de refaire un
« pavillon, laissant ainsi à la malade au moins l'espoir
« de la maternité (Martin, Pozzi, etc.).

« D'autres encore comme Laroyenne, Vulliet, Landau,

(1) Pichevin, loc. cit.

(2) Labadie-Lagrave et Basset. Semaine médicale, 9 janvier 1895, p. 9.

« ponctionnent, ouvrent ou drainent par le vagin les
« collections purulentes annexielles, etc. »

Le but de notre travail est d'abonder encore d'avantage dans le même sens, en proposant, comme traitement de certaines salpingites, une opération qui est extrêmement bénigne quand elle est faite aseptiquement et qui n'entraîne nullement la stérilité, comme le prouve Léon (1), dans sa thèse. Je veux parler de l'*Hystéropexie abdominale antérieure*.

L'hystéropexie abdominale antérieure, procédé de traitement des salpingites, cela pourrait paraître paradoxal. Aussi croyons-nous indispensable, pour nous justifier pleinement devant nos lecteurs, de leur développer les idées que nous avons déjà effleurées dans notre début sur le mécanisme pathogénique des diverses salpingites. C'est ce qui fera l'objet de notre premier chapitre.

(1) Léon. Thèse de Lyon, 1894. (Elle renferme 35 observations d'hystéropexie suivies de grossesse.)

CHAPITRE PREMIER.

MÉCANISME PATHOGÉNIQUE DES DIFFÉRENTES SALPINGITES.

Rappelons la classification que nous avons faite des salpingites :

Salpingite ouverte.

Salpingite fermée.

Salpingite profluente.

Et salpingite parenchymateuse.

Faisant momentanément abstraction de la salpingite parenchymateuse que nous retrouverons à l'occasion du traitement, définissons d'une manière un peu précise les trois autres variétés :

Nous entendons par salpingite ouverte toute inflammation des trompes communiquant librement avec l'utérus. Dans la salpingite profluente, la communication utérine est obturée soit d'une façon intermittente soit d'une façon permanente, mais existe au moins à l'état virtuel et se rétablit si on lève l'obstacle à la

progression des liquides. Dans la salpingite fermée, au contraire, l'oblitération est réelle et absolue, et elle résulte de la soudure intime et organique des parois du tube salpingien. Toute salpingite fermée avait préalablement été ouverte puis profluente.

Voilà ce qui se passerait le plus souvent, d'après nous :

Une trompe est enflammée mais communique librement avec la cavité utérine ; une salpingite ouverte est constituée. Tant que la salpingite reste ouverte, les accidents sont bénins et tendent vers la guérison ; mais si cette guérison tarde à venir, il est peu à présumer que cette salpingite restera longtemps telle. En effet, une trompe enflammée devient épaisse et tortueuse, il s'y produit des coudures plus ou moins nombreuses ; par suite, la progression des liquides est entravée et donne à l'oviducte l'aspect uni ou pluri-kystique souvent même monicliforme.

Sous l'influence de son augmentation de poids et de ses changements de forme, la trompe enflammée se prolabe et tombe dans un des culs-de-sac voisins de l'utérus, le plus souvent en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas. Il en résulte qu'il *se coude* et *se tord* aux deux points soulevés par le ligament utéro-sacré correspondant, tandis que la partie intermédiaire devient kystique. Souvent aussi elle entraîne l'utérus qui se retro-dévie ou, plus rarement, se latéro-dévie ; dans le premier cas, la trompe est *tordue sur son axe*, dans le second cas, elle subit une coudure près de l'ostium uterinum et à la rigueur une compression de la part de l'utérus sain ou fibromateux. L'action des

brides pathologiques procéderait d'ailleurs de la même manière. Que l'on joigne à ces obstacles résidant soit dans les changements de forme des parois même de la trompe comme les coudures ou torsions, soit à l'extérieur comme différentes pressions subies par la trompe, que l'on y joigne, disons-nous, l'action obturante des végétations, fongosités, produits inflammatoires de toutes sortes, ou caillots sanguins qui peuvent se trouver à l'intérieur de la trompe et la boucher et nous aurons cité, croyons-nous, tous les mécanismes possibles qui, soit isolés, soit combinés, peuvent engendrer le salpinx profluent.

Le salpinx profluent peut être d'ailleurs permanent ou intermittent suivant la nature de l'obstacle qui dans le salpinx profluent intermittent se laisse vaincre de temps en temps pour laisser se vider dans l'utérus le kyste tubaire qui ensuite se remplit de nouveau.

Je vais tâcher de prouver ces différentes hypothèses par quelques faits cliniques.

Landau (1), de Berlin, explique la formation d'un *kyste par rétention* (lisez salpinx profluent) par le mécanisme des coudures : « Cela pourrait sembler
« extraordinaire, étant donné que l'extrémité utérine
« de la trompe est encore perméable; mais il suffit
« que le pavillon soit rempli de liquide pour que la
« trompe se coude et que toute communication avec
« l'utérus soit interrompue, bien qu'il n'existe pas de

(1) Landau. Archives de Tocologie 1893, p. 57-58.

« *cloisonnement réel*, ces kystes tubo-ovariens sont
« combinés ou non avec une inflammation de la
« trompe. »

Peut-on décrire d'une façon plus précise la formation
de nos salpinx profluents ?

Labadie-Lagrave et Basset (1) parlent de salpingites
catarrhales par rétention, qui se développeraient sous
l'influence d'une déviation utérine.

Routier (2) cite l'observation très intéressante d'un
pyosalpinx qui se vidait par la seule pression ; pour
nous c'est un pyosalpinx profluent, peut-être inter-
mittent : une malade, âgée de vingt-huit ans, après
un accouchement difficile, souffrait, à chacune de
ses périodes menstruelles, d'une succession de crises
abdominales extrêmement douloureuses. M. Routier,
qui l'examine à l'un de ces moments, constate dans le
flanc droit la présence d'une tuméfaction assez dure.
*Ces phénomènes duraient depuis cinq ans. L'examen
au spéculum fait voir, par le col utérin, un écoulement
purulent influencé par la pression exercée sur le flanc
droit.* Il existait de la fièvre. Le diagnostic fut : sal-
pingite suppurée, etc.

Dans cette observation comme dans celle de Jacobs
que nous allons citer dans un instant, l'évacuation du
contenu d'un salpinx profluent fut provoquée par des

(1) Labadie-Lagrave et Basset. *Semaine médicale*
1895, p. 9.

(2) Routier. (Société de chirurgie 12 octobre 1887.)
V. *Semaine méd.* 1887, p. 420.

manceuvres diverses ; pression sur la tumeur, redressement de l'utérus. D'autres fois, cette évacuation est spontanée. Les trois observations de Le Dentu (1) sont à ce point de vue bien typiques ; je vais les exposer :

1^{re} observation. — Femme examinée plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1886 et 1887, chez qui j'ai reconnu, dans le côté droit du bas-ventre, une tumeur fluctuante ayant les dimensions d'une orange. Un jour, je constatai que la tumeur avait complètement disparu ; la malade me raconta qu'elle s'était sentie très mouillée un des jours précédents. Pendant plusieurs mois après cette évacuation spontanée, la tumeur ne s'était pas reproduite.

2^e observation. — Malade à qui, en 1888, j'avais incisé une vaste hématocele suppurée par le cul-de-sac postérieur du vagin. Quelque temps après sa guérison, je trouvai dans la partie latérale droite du bas-ventre une tumeur fluctuante du volume d'un petit œuf.

Cette tumeur disparut pendant un second séjour de la malade à Saint-Louis ; par là même, l'extirpation projetée devint inutile. La persistance des douleurs m'obligea à faire la laparotomie à cette malade l'an passé, à Necker. La trompe droite n'était pas distendue ; le liquide ne s'était pas reproduit, ou du moins accumulé depuis l'évacuation, qui datait de deux ans.

3^e observation. — Une malade de la ville, que j'ai traitée l'année dernière pour une métrite, a eu évidemment, pendant quelque temps, une distension de la trompe droite.

(1) Le Dentu. Archives de Toxicologie 1892, p. 347.

Celle-ci avait acquis la forme et les dimensions d'un petit fuseau ayant, dans son milieu, environ deux centimètres de diamètre transversal. Dans le cours du traitement, cette distension a disparu d'elle-même et il n'est resté qu'une tuméfaction allongée due à la salpingite parenchymateuse. L'état de cette dame est très bon actuellement.

Il est à remarquer que, dans ces trois cas, dans les deux extrêmes surtout, l'évacuation du kyste fut un processus de guérison définitive. Comment pourrait-on l'expliquer ? De deux façons, d'après nous : ou bien le liquide était-il peu virulent et n'a-t-il eu aucune tendance à se reproduire une fois éliminé ; ou bien encore l'obstacle à sa progression, une fois vaincu par l'expulsion d'un bouchon muco-purulent, par le redressement d'une coudure des trompes, ou par un changement de position partant de l'utérus, ne se serait pas reproduit et la salpingite profluente revenue et restée ouverte se serait tout de suite amendée et peu à peu guérie.

Quant à l'évacuation spontanée du kyste tubaire profluent, d'après quel mécanisme se produit-elle ? Deux théories sont en présence :

Pour les uns, Kalténbach (1), Veit (2), Landau et Labadie-Lagrave, l'obstacle serait vaincu par la contraction des fibres musculaires hypertrophiées à la

(1) Kattenbach Ueber. Ptenisse der Tube mit consecutiver Muskelhypertrophie der Wand. Centr. für Gyn., 1885, n° 43, p. 677.

(2) Veit. Soc. Obst. de Berlin, 10 déc. 1886.

suite de douleurs intenses et expulsives appelées coliques salpingiennes. Habituellement le liquide s'écoule à flot par l'utérus et le vagin, comme nous l'avons vu dans les observations de Le Dentu, et constituent ce que *Labadie-Lagrave et Basset* ont appelé une *vomique salpingienne*. D'autres fois, le liquide prend le chemin du péritoine et détermine un soulagement immédiat et durable s'il n'est pas septique, ou des accidents de péritonite généralement circonscrite s'il contient des microbes pathogènes. Dans d'autres cas, enfin, les coliques salpingiennes n'amènent aucun résultat; la fibre musculaire, lasse de lutter contre un obstacle qu'elle ne peut surmonter finit par s'avouer vaincue.

Les mêmes phénomènes de rétention suivie de coliques salpingiennes et d'évacuation subite du contenu des trompes, s'observent chez certaines femmes, à dysménorrhée mécanique, au moment des règles. D'après nous, il se formerait à chaque époque un salpinx profluent intermittent, qui aurait quelque chose de particulier celui d'être hématique, ce serait un *hémato-salpinx* profluent intermittent. Freund confirme à la fois cette opinion et celle que nous avons émise précédemment sur la formation des salpinx profluents dus à l'état tortueux des trompes. Freund (1) prétend qu'il y a deux catégories de trompes chez la femme saine : les unes presque droites et de calibre normal ; les autres contournées et à calibre rétréci par place, ce qui

(3) V. Pozzi, p. 622.

est le vestige d'un état infantile. Dans la première catégorie, les affections tubaires évoluent rapidement et peuvent guérir seules. Dans la deuxième, les inflammations suppuratives aboutissent nécessairement à la formation de collections enkystées, par suite de l'atrésie de l'oviducte ; on supposera cette mauvaise conformation quand existent les signes d'une complexion délicate et la dysménorrhée, dès l'apparition de la menstruation.

D'autres savants, parmi lesquels Pozzi, n'admettent pas l'intervention de la contraction musculaire, de la colique salpingienne ; pour eux, le contenu de la trompe s'évacuerait spontanément, pour ainsi dire par regorgement : « On a aussi prétendu, dit Pozzi (1), que l'hypertrophie des fibres musculaires pouvait alors assurer l'évacuation de la poche. Cela est très douteux ; cette dernière se fait plutôt par trop plein. »

Nous ne prendrons pas fait et cause pour l'une ou l'autre théorie. Les faits cliniques décrits par les auteurs semblent nous prouver la possibilité et même la réalité de l'un et de l'autre mécanisme.

A côté de ces cas de salpinx profluents se vidant *spontanément* par l'utérus à un moment quelconque de leur évolution, il en existe d'autres où cette évacuation a été *provoquée* par une manœuvre appropriée : rappelons l'observation de Routier touchant un salpinx qui se vidait par la simple pression au niveau de

(1) Pozzi, p. 648.

l'abdomen. Dans d'autres cas, c'est par le redressement et l'élévation de l'utérus.

« On peut, disent Labadie-Lagrave et Basset (1), dans les salpingites catarrhales par rétention, développées sous l'influence d'une déviation utérine, observer *après redressement de l'organe*, par le cathétérisme, une *évacuation* analogue, ainsi que la *disparition subite de la tumeur salpingée*. Dans les deux cas, l'écoulement du liquide tubaire est suivi d'un bien être et d'un soulagement subits. »

L'observation de Jacobs en est un exemple bien net ; je la résume (2) :

P. C. — 24 ans primipare. Accouchement normal il y a trois ans et demi. Avortement naturel à deux mois et demi il y a deux ans.

Depuis quelques années, pertes utérines abondantes dues à une endométrite blennorragique.

Depuis son avortement, douleurs dans le bas-ventre surtout à droite et par crises irrégulières.

Il y a six semaines — métrorragie abondante.

Examinée le 12 octobre 1891.

Au toucher. — Col hypertrophié, à orifice externe entr'ouvert avec léger ectropion de la muqueuse.

Corps en *rétroflexion mobile*, assez volumineux, légèrement douloureux.

Dans le *cul-de-sac vaginal* droit, une *tumeur du volu-*

(1) Labadie-Lagrave et Basset, loc. cit.

(2) Jacobs. Archives de Tocologie, 1891.

me d'une mandarine, mobile, douloureuse, accolée au corps utérin dont elle est séparée par un sillon très net.

Dans le cul-de-sac gauche, on perçoit l'ovaire gauche augmenté de volume, peu douloureux.

Diagnostic. — Endométrite blennorragique ancienne. Rétroflexion utérine mobile, *ovaro-salpinx* droit, ovarite gauche.

Traitement. — *Reposition utérine* — soins antiseptiques vaginaux — repos.

2° Examen, quatre jours après. — *Disparition à peu près complète du kyste salpingien.*

Diminution dans le volume du corps utérin — en rétroversion. — amendement considérable des douleurs.

On place un Hodge après *reposition utérine*. Dès lors *disparition de toute douleur.*

Le 26 octobre, on enlève le pessaire.

Le 30, soit quatre jours plus tard, la malade se plaint de douleurs très vives dans le bas-ventre, douleurs lombaires, défécation douloureuse, — *utérus en rétroflexion*, — trompe droite très douloureuse — fort augmentée de volume — flexueuse.

En même temps, périmétrite généralisée assez intense — fièvre.

Repos absolu; — injections vaginales chaudes.

Le 2 novembre. — Symptômes aigus amendés. *Reposition utérine et Hodge.* — Depuis, toutes les douleurs ont encore une fois *disparu* en même temps que le *kyste salpingien*.

La malade a été revue à diverses reprises. On ne

constate plus que l'inflammation utérine avec propagation à la trompe droite mais sans rétention des produits de sécrétion.

« Cette malade ne souffre plus, dit Jacobs. Ce traitement est-il curatif ?

Non, c'est un *traitement d'attente*. »

Cette observation nous paraît extrêmement intéressante à différents points de vue.

Elle confirme :

1° L'influence que nous avons attribuée aux déviations de l'utérus sur la production d'enkystements tubaires profluents.

2° La disparition de cet enkystement lorsque l'on corrige la déviation utérine.

3° La reproduction du salpinx lorsque l'utérus n'est plus maintenu dans sa bonne position.

Une question se pose immédiatement ; pourquoi Jacobs appelle-t-il la reposition utérine un traitement d'attente ?

Mais la réponse s'offre d'elle-même à celui qui a lu attentivement l'exposé qui précède. C'est évidemment parce que les moyens employés par Jacobs pour contenir l'utérus en bonne position : reposition et pessaire étaient des moyens insuffisants et momentanés. Est-il possible alors de ne pas songer au moyen de contention de l'utérus à la fois le plus parfait et le plus stable : *l'hystéropexie abdominale antérieure par le procédé de Laroyenne* ? Nous ne le croyons pas. C'est d'ailleurs pour amener cette conclusion dans l'esprit de notre lecteur que nous avons fait une étude pathogénique si longue de notre salpinx profluent.

Notre seconde variété de salpinx : le salpinx fermé n'ayant trait qu'indirectement au traitement par l'hystéropexie nous serons très brefs à son endroit.

Supposons une salpingite ouverte. Une torsion, une coudure de la trompe enflammée, un déplacement de l'utérus etc. la rend kystique profluente. En un point voisin de l'ostium uterinum le canal tubaire est comme écrasé sur lui-même ; ses parois en contact s'irritent mutuellement ; elles bourgeonnent, se fusionnent, adhèrent ensemble et la continuité de la cavité salpingienne est comblée par un cloisonnement organique réel ; la salpingite profluente est devenue fermée. Il serait inutile d'essayer de rétablir le cours naturel du liquide, une effraction seule peut en assurer l'évacuation.

CHAPITRE DEUXIÈME.

COURT APERÇU SUR L'HISTORIQUE ET LE MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉROPEXIE.

Indications générales dans les salpingites.

**Indications spéciales
à quelques variétés de salpingites.**

Hystéropexie abdominale antérieure signifie fixation de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen.

Nous ne ferons pas l'historique de l'hystéropexie; nous ne développerons pas non plus le manuel opératoire du procédé de Laroyenne. Ces différents points et quelques autres relatifs à l'hystéropexie, ont été l'objet de plusieurs publications du professeur Laroyenne et de ses élèves. (1)

(1) Laroyenne. — Communications au Congrès de Rome, 1893, et au huitième Congrès de chirurgie, 1894.

C. Audry. — Note sur trois observations d'hystéropexie. Emploi d'un procédé nouveau. Progrès médical, 1890.

R. Condamin. — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Lyon médical, 1893.

R. Condamin et Levrat. — De l'hystéropexie par le procédé

Nous nous contenterons de les résumer en quelques mots :

L'hystéropexie fut imaginée par Gaillard Thomas, mais appliquée seulement pour la première fois par Kœberlé en 1869, chez une femme dont l'utérus rétro-dévié provoquait des accidents d'obstruction intestinale. C'était une grande témérité d'oser cela avant l'antisepsie, aussi Kœberlé eut-il peu d'imitateurs. Sims, en 1875, Schroder en 1879, Lawson-Tait en 1880, Henning en 1881, pratiquèrent chacun une fois cette opération. Mais ce n'est qu'à partir du mémoire d'Olshausen, en 1886, publié d'ailleurs en pleine période antiseptique, que l'hystéropexie fut à l'ordre du jour et adoptée par la généralité des gynécologues.

C'est surtout à Lyon dans le service du professeur Laroyenne qu'elle est le plus souvent pratiquée et avec une grande constance de succès.

de Laroyenne. Manuel opératoire. Indications. Vingt observations. Archives provinciales de chirurgie, 1894.

Bouffandeau. — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Thèse de doctorat. Lyon, 1893.

Bricage. — De l'hystéropexie dans le traitement de l'antéflexion utérine. Thèse de doctorat. Lyon, 1894.

Léon. — De l'hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse. Thèse de doctorat. Lyon, 1894.

Joyeux. — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus génital. Thèse de doctorat. Lyon, 1895.

Berruyer. — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de certaines rétrodéviations utérines. Thèse de doctorat. Lyon, 1895.

Il existe un grand nombre de procédés d'hystéropexie, Bouffandeau en cite dix-huit, bien que restant encore au-dessous de la vérité. Mais de tous ces procédés un seul nous paraît ne donner prise à aucune objection, celui de M. le professeur Laroyenne. Nous l'avons vu appliquer un grand nombre de fois, soit par son inventeur, soit par M. Gouilloud, soit par M. le professeur agrégé Condamin, avec une suite ininterrompue de réussites.

Le manuel opératoire du procédé de Laroyenne est résumé d'une façon très précise dans un article de M. Condamin (1), nous ne pourrions mieux faire que de le citer : « Ce procédé, d'une simplicité idéale, d'une exécution facile, applicable à tous les cas, réduit au minimum les dangers d'infection, puisque la cavité péritonéale se trouve fermée par le corps utérin après l'ouverture de la séreuse.

L'appareil instrumental nécessaire et spécial à ce procédé se réduit à un gros hystéromètre dont l'extrémité est renflée et à trois aiguilles-broches d'un maniement facile.

L'hystéromètre doit avoir un calibre supérieur à celui que présente le plus gros de ceux qu'on emploie ; son extrémité doit être suffisamment renflée pour qu'on n'ait pas à craindre de perforation utérine, même en

(1) R. Condamin. — De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Lyon méd., 1893.

appuyant avec assez de force. En raison de son volume, il sera nécessaire de faire une dilatation préalable du col jusqu'au n° 30 de la série Hégar.

L'hystéromètre alors permet une réduction facile. Maintenu solidement par un aide, il amène l'utérus au point de la paroi abdominale où celui-ci doit être fixé. La paroi antérieure de l'abdomen est alors incisée directement sur la saillie que forme l'utérus soulevé par un aide; dès que la cavité abdominale est ouverte, et il suffit qu'elle le soit sur une, cet orifice est immédiatement fermé par la paroi antérieure de l'utérus, soutenu qu'il est comme nous venons de le voir. La cavité péritonéale se trouve immédiatement fermée et l'on ne court ni les risques de l'écoulement du sang dans celle-ci, ni ceux de l'issue au dehors de l'intestin.

L'utérus est alors fixé dans cette position par les trois aiguilles-broches qui traversent successivement l'aponévrose, le péritoine d'un côté, puis la paroi antérieure de l'utérus pour aller ressortir de l'autre, en traversant le péritoine et l'aponévrose. A ce moment, à vrai dire, l'opération est terminée : on peut aviver la paroi antérieure de l'utérus, suivant le conseil de Terrier, sans risquer de voir le sang s'écouler dans la cavité pelvienne. Des crins de Florence sont passés dans le chas des aiguilles-broches, puis serrées fortement, il ne reste plus qu'à faire la suture cutanée. L'opération complète ne demande pas dix minutes. »

Outre sa simplicité et sa rapidité d'exécution, le procédé de Laroyenne a encore l'avantage d'une innocuité absolue pour qui pratique l'antiseptie la plus

élémentaire (1) et d'une efficacité durable résistant même à des grossesses répétées (2). Cette dernière qualité, si importante, est due à l'emploi systématique du crin de Florence pour les sutures perdues utéro-abdominales. La lenteur à la résorption du crin de Florence est telle, en effet, que M. Vallas a retrouvé, chez un malade néphropexié huit mois auparavant par M. Condamin, les crins de Florence de la suture rénale absolument intacts.

Aux indications thérapeutiques nombreuses de l'hystéropexie : prolapsus utérin et même prolapsus génitaux (3), rétroversion utérine (4) plus ou moins difficile à maintenir par des pessaires, adhérences utérines dans une position vicieuse, nous voulons ajouter un certain nombre de salpingites.

Il y a déjà deux ans que le professeur Laroyenne préconise l'hystéropexie contre les *annexites douloureuses* :

« Certains cas, dit son élève Bouffandeau, où ce phénomène prédominant est la *douleur* occasionnée par la pression de l'utérus sur les annexes ou du col utérin sur le vagin, sont une indication très nette de l'hystéropexie qui soulage de suite les malades »

(1) V. thèse de Bouffandeau, p. 32.

(2) V. thèse de Léon.

(3) Joyeux. De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus génital. Th. de doctorat, Lyon 1895.

(4) Berruyer. De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de certaines rétrodéviations utérines. Th. de doctorat, Lyon 1895.

Mais l'hystéropexie ne nous semble pas seulement capable de lutter victorieusement contre le symptôme douleur, mais encore et surtout contre l'élément *réten-tion*. Nous avons développé longuement, en effet, que l'enkystement était dû aux flexuosités tubaires et aux déplacements utérins. Nous avons vu également que l'hystéropexie s'attaquait aux causes mêmes du mal, en fixant l'utérus en bonne position et en redressant les trompes. Les faits cliniques confirment pleinement notre théorie. Pour en convaincre notre lecteur nous pourrions le renvoyer aux pièces justificatives contenues à la fin de ce travail, mais nous préférons lui rappeler l'observation démonstrative de Jacobs que nous avons déjà citée ?

Celui-ci guérissait momentanément un pyosalpinx en faisant la reposition utérine et en maintenant ensuite l'utérus par un pessaire. Le pessaire devenait-il douloureux, il l'enlevait. et le salpinx se reproduisait, il faisait une nouvelle reposition utérine et plaçait de nouveau un pessaire. Nouvelle disparition du salpinx et nouvelle tendance à la guérison. Mais tout se reproduisait derechef, lorsqu'il était obligé d'enlever son pessaire.

N'est-il pas évident que, s'il avait pratiqué l'hystéropexie abdominale antérieure, l'évacuation aurait été constante et l'inflammation n'aurait pas tardé à s'éteindre ?

L'hystéropexie, d'après nous, guérirait les salpingites ouvertes en les maintenant ouvertes et les salpin-

gites kystiques en les transformant en salpingites ouvertes.

Est-ce à dire que toute salpingite ouverte doit être traitée par l'hystéropexie? Non.— Mais alors, dans quel cas doit-on traiter une salpingite ouverte par l'hystéropexie? Lorsqu'elle a de la tendance à se fermer. — Mais à quoi le reconnaître? A deux caractères : lorsque malgré le traitement médical, une salpingite ouverte s'aggrave et qu'elle présente des paroxysmes douloureux de plus en plus marqués.

Quelle est en effet la nature de ces paroxysmes douloureux? Ce sont des accidents plus ou moins légers de rétention. Il y a en effet des cas limites entre les salpingites ouvertes et les salpingites profluentes auxquelles l'une et l'autre dénomination conviendrait également. Il y a obstacle à l'écoulement du sang, de la sérosité ou du pus ; mais cet obstacle est assez facilement et assez vite vaincu pour qu'il n'y ait pas formation d'une tuméfaction appréciable. Ce sont, à nous en tenir à notre définition, des *salpinx profluentes intermittents à écoulement spontané relativement facile*. Ce n'est généralement que le prélude des kystes tubaires.

Il est à remarquer, en effet, que l'immense majorité des malades qui se présentent avec des lésions salpingiennes de cette nature se plaignent d'avoir souffert auparavant d'une phase de troubles dysménorrhéiques de plus en plus graves.

Les observations I, II, III et IV de Laroyenne en font foi, les deux observations de Sinclair également.

Nous croyons donc pouvoir affirmer ce qui suit :
Toutes les fois qu'une femme présentant des signes

objectifs de métro-salpingite, n'aura retiré aucun bénéfice du traitement médical et souffrira de troubles dysménoréiques de plus en plus douloureux et de plus en plus intenses, il y aura lieu de pratiquer sur elle l'hystéropexie.

Mais l'indication principale de l'hystéropexie dans les salpingites, est sans contredit, les divers salpinx profluents.

Certains salpinx profluents guérissent soit spontanément (3 cas de Le Dentu), soit à la suite d'une manœuvre insignifiante : redressement, cathétérisme de l'utérus, etc. Il est évident que dans ces cas là toute intervention sanglante serait superflue. Mais on les cite pour leur rareté.

D'autres salpinx profluents ont également une évacuation facile soit spontanée par trop plein ou par vomique salpingienne, soit à la suite de manœuvre sans importance (cas déjà cité de Ronder, de Jacobs, etc.) mais se reproduisent incessamment. C'est chez eux que l'indication de l'hystéropexie s'impose avec le plus de netteté.

Il existe enfin des salpinx profluents chez lesquels la cavité tubaire, bien qu'existant virtuellement dans toute son étendue, est écrasée en un ou plusieurs points par des brides fibreuses, etc., comme entre les mors d'une pince à forcipressure.

Ce sont anatomiquement des salpinx profluents, mais cliniquement des salpinx fermés.

Dans un article, si récent qu'une partie de notre travail était déjà à l'impression lorsqu'il parut, Raymond (1), qui admet aussi le mécanisme des coudures des trompes et des positions vicieuses de l'utérus sur la formation des kystes tubaires, affirme l'extrême rareté de ce que nous appelons le salpinx fermé. Sur 94 trompes kystiques qu'il a examinées à ce point de vue, aucune ne présentait d'oblitération organique. Nous croyons intéressant de relater le moyen ingénieux qu'il emploie pour rechercher cette perméabilité : « Voici aujourd'hui, dit-il, comment nous « procédons. Une trompe kystique a été sectionnée « au cours d'une opération au ras de l'utérus; elle « reste distendue par le liquide qu'on ne peut faire « sourdre par l'ostium uterinum en pressant sur la « trompe.

« Nous prenons une très fine pipette non brisée et « essayons de l'introduire dans l'orifice utérin, non pas « en poussant avec la pipette mais en tirant sur la « trompe dont les coudures internes s'effacent parfois « facilement; l'extrémité de la pipette une fois libre « dans la cavité kystique, on la brise à travers les « parois; la pipette se remplit du contenu de la trompe, « prouvant ainsi qu'elle a bien pénétré dans le « kyste. »

N'est-il pas à présumer qu'un certain nombre de ces

(1) Raymond. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, janvier 1895, p. 58.

profluents auraient pu être réouverts et guéris par l'hystéropexie.

Mais comment reconnaître si l'on a affaire à un salpinx fermé ou à un salpinx profluent ?

Quelquefois c'est très facile : lorsqu'on a pu constater des variations de volume de la tumeur.

D'autres fois, le plus souvent, c'est impossible, c'est lorsque le salpinx profluent offre le tableau clinique du salpinx fermé.

Quel parti prendre alors ? Il faut suivant nous :

Faire l'incision classique de Laroyenne, comme pour une hystéropexie;

Examiner les annexes.

Deux cas peuvent se présenter :

Ou bien les trompes sont en très mauvais état, entièrement tortueuses, amincies par place, faisant craindre une rupture dans le péritoine et en tout cas incompatibles avec le rétablissement de la fonction tubo-ovarienne.

Il faut alors :

Enlever les annexes malades ;

Faire l'hystéropexie consécutive, surtout si l'ablation est unilatérale, pour rétablir la statique de l'utérus compromise par l'opération ;

Ou bien elles paraissent pouvoir bénéficier encore de l'hystéropexie.

Dans ce cas on devra :

*Rompre les adhérences ;
Faire l'hystéropexie.*

Plus tard si la malade ne guérit pas, il sera toujours temps de pratiquer une ablation d'annexes ou la salpingotomie de Laroyenne. L'hystéropexie préalable servira, comme dans les cas précédents, à maintenir l'utérus en bonne position et à empêcher la trompe que l'on n'a pas enlevée de devenir tortueuse et kystique.

Sur les *salpinx fermés*, nous n'avons qu'un mot à dire. Si leur diagnostic était possible ils nécessiteraient toujours la *salpingotomie ou l'ablation des annexes suivie d'hystéropexie*, mais comme nous avons démontré que ce diagnostic était impossible, nous renvoyons notre lecteur à la fin du dernier paragraphe, où le cas est discuté.

L'hystéropexie est également indiquée dans certaines *salpingites parenchymateuses ou sèches*, suivant la dénomination du professeur Laroyenne, *très douloureuses* ou *entraînant une déviation de l'utérus*, lorsque les traitements orthopédiques et médicaux on échoué. Il faut néanmoins pour que l'hystéropexie suffise, que la lésion ne soit pas trop avancée.

Si on avait affaire en effet, à une trompe tellement atrophiée qu'elle ne permette pas d'amener l'utérus à l'hypogastre, il serait nécessaire avant de pratiquer l'hystéropexie d'enlever la trompe malade.

CHAPITRE TROISIÈME.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

Réflexions.

On ne pourrait logiquement tirer des conclusions bien nettes de ces observations, qui ne sont ni assez anciennes ni suffisamment explicites. Mais en nous basant sur les appréciations de M. le professeur Laroyenne et de ceux qui l'assistent, nous pouvons dire que l'ensemble des résultats a été plus que satisfaisant. D'autre part, nous croyons que de telles appréciations venant du professeur de la Clinique Gynécologique de Lyon ont plus de valeur que des observations, même détaillées, qui ne peuvent rendre compte que de faits particuliers sans donner un jugement général sur la méthode.

Nous livrons ces observations résumées.

Observations.

Les quatre premières observations de Laroyenne et les deux de Sinclair, ont trait à des salpinx guéris par l'hystéropexie simple.

La cinquième et la sixième observation de Laroyenne se rapportent à une salpingite parenchymateuse douloureuse guérie également par l'hystéropexie simple.

La septième et la huitième observation, de Laroyenne, à des hystéropexie consécutives, à des ablations d'annexes dans le but de rétablir la statique de l'utérus compromise par ces opérations.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Salpingo-ovarite. — Antéflexion. — Hystéropexie.

(Laroyenne)

Benoite D..., 25 ans, salle Sainte-Thérèse, n° 13.

Réglée à 16 ans. Ses règles duraient en moyenne six jours et avançaient chaque fois de quelques jours. Elles étaient accompagnées de pertes blanches.

Mariée à 23 ans, elle n'a eu ni couche, ni fausse couche.

Sept mois après son mariage elle a commencé à souffrir du côté gauche huit jours après ses règles. L'hypocondre gauche était très douloureux à la palpation, la douleur s'irradiait dans la cuisse gauche ; la marche était très fatigante ; coccy-codynne.

Au bout de trois jours de souffrances est survenu une abondante métrorragie qui a obligé la malade à s'aliter ; pendant ces trois jours elle éprouva des coliques très vives.

La métrorragie a persisté pendant quinze jours et a cédé au traitement par l'ergotine.

Les symptômes douloureux cessent momentanément sous l'influence des révulsifs, pour reparaitre et disparaître un certain nombre de fois.

A la suite d'efforts elle avait souvent des pertes rouges ou blanches en dehors des règles

6 mars 1894. — La malade ne pouvant plus travailler entre à l'hôpital.

A la palpation on trouve le ventre très douloureux en bas et à gauche et dans la région utérine, à droite rien d'anormal.

Au toucher du côté gauche on trouve les annexes douloureuse et augmentée de volume; les trompes et les ovaires légèrement prolabés.

On constate un degré très marqué d'antéflexion.

14 mars. — Hystéropexie par le procédé Laroyenne.

31 mars. — La malade sort. Les annexes du côté gauche ont bien diminué de volume et les phénomènes douloureux n'existent plus. L'utérus en outre est en très bonne position.

OBSERVATION II.

Annexite double. — Antéflexion avec rétro-position de l'utérus. — Hystéropexie. — Guérison.

(Condamin.)

Andréa L..., 18 ans, salle Sainte-Thérèse, n° 6, entre le 10 mai 1894.

Réglée à quinze ans et demi, jamais d'une façon régulière. Règles peu abondantes durant une journée en moyenne.

Le début de l'affection aurait débuté huit jours avant son entrée par des coliques.

A son entrée, on sent l'utérus en antéflexion très marquée, rétro-position.

Du côté gauche, dans le cul-de-sac latéral, on sent une petite masse de la grosseur d'une petite orange, assez sensible à la pression.

Du côté droit, on sent aussi les annexes plus volumineuses que normalement, mais moins douloureuses.

La palpation des fosses iliaques est assez douloureuse.

Les règles sont peu abondantes et peu douloureuses.

En revanche, la malade éprouve de fortes douleurs du côté des reins, douleurs s'irradiant du côté des cuisses et des fesses.

16 mai 1894. — Hystéropexie par le procédé Laroyenne. Immédiatement après, on constate que la coudure antérieure de l'utérus, que l'on sentait si nettement par le vagin et que l'on vérifia après l'ouverture de la paroi abdominale, avait complètement disparu. Néanmoins le col est encore légèrement porté en avant.

24 mai 1894. — La malade déclare ne plus souffrir. Utérus élevé mais en bonne position.

Pas de douleur à la pression dans les culs-de-sac latéraux.

22 août. — La malade revient, l'utérus tient bien, elle marche bien et sans douleur.

Elle est, malheureusement pour elle, en pleine éruption syphilitique secondaire.

OBSERVATION III.

Annexite double à prédominance gauche. — Antéflexion. — Rupture d'adhérences. — Hystéropexie. — Guérison.

(Laroyenne.)

Justine P..., chemisière, âgée de 31 ans, entre à la Charité le 26 novembre 1894, salle Sainte-Thérèse, n° 15.

Depuis plusieurs années, douleurs dans le bas-ventre, dans

les reins, surtout au moment des règles. Il y a 3 ans un accouchement normal à terme. Pas de fauche couche, pas de peries blanches.

Les règles ont toujours été extrêmement douloureuses soit avant soit après le mariage. Elles durent en moyenne deux jours. Il y a deux mois quelques cuissos au moment de la miction.

A l'examen : au toucher douleur dans le cul-de-sac antérieur. Utérus mobile.

Le col est large, un peu déchiré, et permet l'accès de la pulpe digitale. Il existe un certain degré d'antéflexion.

Les annexes du côté droit sont douloureuses et volumineuses ; celles du côté gauche le sont également, mais à un degré inférieur.

Le 14 décembre, on l'opère. Déchirure des adhérences des annexes gauches. Hystéropexie par le procédé Laroyenne. Ablation d'un petit fibrome à droite.

Le 29 décembre 1894, la malade a eu ses règles ; elle n'a plus souffert depuis l'opération.

OBSERVATION IV.

Annexite double. — Antéflexion. — Mobilité exagérée de l'utérus. — Hystéropexie. — Guérison.

(Condamin.)

Louise P..., 18 ans, salle Sainte-Thérèse, n° 6. Entrée le 16 mai 1894.

Bonne santé antérieure. Régée à 12 ans 1/2, règles depuis toujours douloureuses.

Début de l'affection il y a un an. Retard de deux mois des

règles. Puis hémorragie et caillot. Douleurs à peu près permanente depuis, l'empêchant de marcher.

A son entrée on sent les annexes qui sont douloureuses de chaque côté surtout à droite dans le cul-de-sac de Douglas. Les règles sont très douloureuses et prolongées. Quand on fait tousser la malade on sent son utérus qui descend, il y a en outre de l'antéflexion utérine très marquée. Sténose au niveau de la coudure, d'où grandes difficultés pour le cathétérisme et arrêt au niveau de la coudure. Utérus petit, relativement infantile.

Hystéropexie par le procédé Laroyenne.

On constate des annexes malades.

Immédiatement après l'opération, le toucher vaginal montre que la coudure anté-utérine a complètement disparu.

13 juin. — Utérus en bonne position et complètement redressé.

28 août. — L'utérus est toujours en bonne position les annexes sont indolores, les règles normales ne sont pas non plus douloureuses. Guérison.

La malade a contracté une blennorrhagie uréthrale.

OBSERVATION V.

*Salpingite parenchymateuse douloureuse. — Périmé-
trite. — Columnisation, puis hystéropexie.*

(Laroyenne.)

G. C... (de Condrieu), 30 ans. Entrée le 2 février 1894, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Début il y a deux ans par des points dans le bas-ventre.

Coliques. Pertes blanches.

Ces douleurs sont plus vives depuis huit mois et nécessitent le repos au lit.

Amélioration par la columnisation.

A son entrée, — empatement diffus des culs-de-sac, surtout à gauche, nécessitant le repos au lit.

Tamponnement.

9 février. — La columnisation a été douloureuse.

La paroi très assouplie permet de constater un empatement à gauche. Nouveaux tampons.

23 février. — Opération.

Hystéropexie abdominale antérieure par le procédé de Laroyenne. On constate au doigt que les annexes sont volumineuses et indurées.

Après l'opération, M. Laroyenne fait le toucher vaginal et constate de nouveau cette *induration des annexes*.

3 mars — Coliques ayant nécessité une piqûre de morphine.

12 mars. — La malade marche mieux. Sous l'influence de l'hystéropexie les annexes ont remonté et paraissent moins volumineuses.

Elle ne se plaint que de sa constipation qui est son état habituel.

19 avril. — Malade va très bien. — Aucune douleur. Utérus bien en place.

21 octobre. — La malade nous donne les renseignements suivants : elle fait une marche d'une heure sans fatigue, alors qu'elle ne pouvait marcher avant. Les règles durent moins longtemps mais avancent un peu.

Elle perd beaucoup moins qu'auparavant.

Revue au mois de décembre par M. Laroyenne, elle va bien ; il est impossible de constater quelque chose d'anormal dans ses annexes.

OBSERVATION VI.

Salpingite parenchymateuse douloureuse. — Rétroversion adhérente. — Columnisation et massage. — Hystéropexie. — Guérison.

(Laroyenne.)

Anne C..., femme R..., 33 ans. Entrée le 19 février 1894, salle Sté-Thérèse, n° 11.

Réglée à 13 ans. Toujours régulièrement depuis.

Mariée à 20 ans. Première grossesse normale à 21 ans.

A 23 ans, fausse couche avec hémorragie abondante au deuxième mois.

Entrée aussitôt dans le service à Ste-Thérèse, elle y est restée trois semaines. Pendant sa troisième grossesse, il y a 7 ans, elle eut une hémorragie au troisième mois. Néanmoins accouchement normal.

Depuis elle a souffert de maux de reins et douleurs dans le bas-ventre, de temps en temps.

Le 25 novembre 1892, second séjour dans le service pour un polype utérin qu'on enlève. On constate en même temps une *rétroversion*, on lui place un pessaire qu'elle garde 8 mois.

Loin d'être soulagée, ses douleurs sont revenues. Venue à la consultation le 31 novembre 1893, on constate une *rétroversion avec adhérences tenaces*. Columnisation et massage.

24 décembre. — La malade se trouve très améliorée. La marche est beaucoup plus aisée.

Depuis le mois de janvier, le massage est douloureux. L'utérus est mobile. On lui met un pessaire. Au bout de quinze jours elle ne peut plus le supporter. *Elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque droite, au toucher annexes droites douloureuses.*

19 février 1894. — La malade entre dans le service. *Hystéropexie* par le procédé de Laroyenne.

Après l'opération, M. Laroyenne constate des deux côtés des annexes indurées.

8 mars. — La malade a eu ses règles le 3 mars. Elles ont été abondantes et ont duré cinq jours.

19 avril. — L'amélioration de la malade s'est accentuée jusqu'au moment de ses époques, à la fin de mars. A ce moment, pertes rouges extra abondantes pendant quatre jours. Malade très affaiblie. Maux de reins qui obligent la malade à garder le repos. Depuis la fin de ces époques, l'amélioration s'accroît d'une façon constante.

11 octobre 1894. — La marche actuellement n'est plus douloureuse. Les pertes menstruelles sont normales. Pas de douleur du ventre mais un peu de constipation.

Un peu de dyspareunie attribuable uniquement à l'état névropathique de la malade.

Novembre 1894. — La malade est revue et sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, elle a vu cesser la plupart des phénomènes anormaux dont elle se plaignait.

OBSERVATION VII.

Annexite double. — Ablation d'un pyosalpinx droit par voie abdominale. — Fixation du pédicule à la plaie. — Hystéropexie consécutive dans la même séance. — Guérison.

(Laroyenne.)

Marie R..., 34 ans. Entrée le 22 janvier 1894, salle Sainte-Thérèse, n° 12.

Au mois de mars dernier, la malade est entrée dans le service pour une ponction à gauche, un mois après nouvelle ponction à droite.

La malade a été complètement guérie pendant neuf mois. Il y a huit jours, nouvelles douleurs abdominales irradiées aux reins, plus vives à droite. La marche est très pénible.

On trouve au toucher les annexes des deux côtés grosses et douloureuses. On met la malade au repos.

25 janvier. — Le repos amène une amélioration. Columnisation. *Rétroversion*.

19 février. — On se décide à faire l'*hystéropexie*.

MM. Laroyenne et Condamin pratiquent l'opération suivant le procédé Laroyenne. On constate que les annexes des deux côtés sont malades mais les droites étaient trop malades pour laisser quelque espoir de guérison ; on les enlève de ce côté.

12 avril. — La malade va beaucoup mieux. Marche bien mieux qu'avant son opération. Elle se dispose à partir pour la campagne. Au toucher l'utérus est bien fixé.

La malade marche bien, ne souffre plus du ventre ; les règles seules sont un peu douloureuses. Quelques pertes blanches.

OBSERVATION VIII.

Salpingite ovarite bilatérale surtout à droite. — Hystéropexie. — Ablation de la trompe droite.

(Laroyenne.)

Pierrette J..., couturière, née L..., âgée de 22 ans, née à Gleizé (Rhône), entrée à la Charité le 3 novembre 1894 ; sortie le 28 novembre 1894.

Un accouchement qui n'était pas à terme il y a dix mois ; l'enfant a vécu seulement un mois. La malade se leva trois jours après et sentit des douleurs dans le ventre. Les règles sont venues trois mois après. Depuis, la malade souffre tou-

jours. La malade a fait un premier séjour dans la clinique en juin 1894. Columnisations et vésicatoires qui la soulagent, mais les douleurs reviennent au mois d'août. Douleurs tantôt à gauche, tantôt à droite; douleurs lombaires fréquentes qui gênent la miction. Constipation opiniâtre.

A l'examen, rien à la palpitation si ce n'est à la fosse iliaque gauche. Au toucher: utérus en antéversion et antéflexion surtout.

Dans les culs-de-sac antérieurs et latéraux, il y a des masses perceptibles et très douloureuses. Les mouvements de l'utérus sont très douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une masse lisse, résistante, douloureuse qui semble bien correspondre à la trompe; dans le gauche cela existe également, mais moins marqué et moins douloureux. Par le toucher rectal, on reconnaît de la douglassite. Par le cathétérisme vésical, il semble que la vessie a une direction antéro-postérieure et paraît fixée à la face antérieure de l'utérus. La pression de la sonde contre la paroi postérieure (de la vessie) est très douloureuse.

La malade est très nerveuse et prend souvent des crises d'hystérie.

Le 7 novembre examen de la malade par M. le professeur Laroyenne. Il diagnostique: antéflexion très marquée au corps de l'utérus globuleux ayant été empêché par l'antéflexion de revenir sur lui-même après la grossesse. La cavité utérine mesure 7 centimètres à l'hystéromètre. Il existe une salpingo-ovarite bilatérale.

Hystéropexie et ablation de la trompe droite qui est de beaucoup la plus malade et divisée en deux segments dont l'un est très gros. Quelques gouttes de liquide louche ont jailli dans le péritoine. Après l'opération le toucher vaginal montre que l'antéflexion a disparu.

OBSERVATION IX.

Sinclair (1)

Case 9.—E. W., âgé de 27 ans, mariée depuis 6 ans. Malade envoyée par le docteur Brown de Chariton Road à Manchester. Admise le 5 octobre 1891.

L'histoire de son affection puerpérale date de 5 ans. Toujours depuis elle a ressenti des douleurs abdominales et pelviennes. Menstruation régulière, mais avec dysménorrhée pendant deux jours avant l'écoulement, pendant tout le temps de l'écoulement et souvent une semaine après.

A l'examen le col est profondément déchiré à gauche. L'utérus est agrandi avec une masse arrondie dans le cul-de-sac postérieur et se continuant avec une grosseur du côté gauche du pelvis.

Diagnostic. — Métrite chronique, rétroflexion avec adhérences, déchirure du col, *tumeur tubo-ovarienne* du côté gauche.

Opération le 9 octobre. — Incision habituelle, utérus maintenu par des adhérences nombreuses et fortes, qu'on déchire. Et le fond est amené par des manœuvres digitales et... dans la partie postérieure de la plaie abdominale. Suture au catgut des côtés de l'utérus et suture avec des fils de soie à travers la face antérieure. La cavité abdominale est irriguée et un drainage appliqué au moyen d'un tube en verre.

Dans l'étendue des adhérences, et, par conséquent, drainant la cavité pelvienne, un tube en caoutchouc fut substitué au tube en verre deux jours après l'opération et celui-ci fut

(1) Sinclair, Manchester Chronicle, Ap. 1894. Traduction de M. J. Dreyfus, interne.

maintenu pendant un temps considérable. Pourtant la malade a fait une bonne convalescence, elle était complètement guérie le 9 novembre.

Nous avons appris par la suite qu'elle se portait très bien.

OBSERVATION X.

(Sinclair.)

A. T..., 27 ans, célibataire, ouvrière.

Malade du docteur Cran, de Great Harwood.

A été en traitement immédiatement avant son opération et dans diverses occasions au préalable en raison d'une rétroflexion aiguë avec dysménorrhée extrême qui la rendit incapable de travailler.

Opérée à la clinique chirurgicale le 27 octobre 1891.

Ventrofixation avec dégagement des adhérences ovariennes. Quatre sutures de catgut; trois sutures de soie furent employées pour amener des connexions avec la surface opposée. Pas de drainage.

Guérison non interrompue. Dans une lettre reçue par sa nourrice, 12 mois après l'opération, la malade était suivant son récit parfaitement bien et tout à fait apte au travail. Elle ne s'est plus senti de rien.

CONCLUSIONS.

I. — Une salpingite ouverte, entraînant des accidents beaucoup moins graves qu'une salpingite kystique et tendant naturellement vers la guérison, tous les efforts du chirurgien devront tendre à empêcher une salpingite ouverte de devenir kystique; ou inversement à transformer une salpingite devenue kystique en salpingite ouverte.

II. — L'état flexueux des trompes, les déplacements de l'utérus, les adhérences étant les causes principales de cette transformation d'une salpingite ouverte en salpingite kystique, on devra se proposer de redresser les flexuosités des trompes, détruire les adhérences et maintenir l'utérus en bonne position.

III. — L'hystéropexie abdominale antérieure remplit exactement ce but. En fixant l'utérus à l'hypogastre, on redresse cet organe; de plus on tend les trompes, ce qui les rend rectilignes.

IV. — L'hystéropexie abdominale antérieure par le procédé Laroyenne est une opération très bénigne et nullement incompatible avec la parturition.

V. — L'hystéropexie abdominale antérieure nous paraît donc nettement indiquée :

1° *Dans les salpingites ouvertes persistant malgré le traitement médical*, afin de les empêcher de devenir kystiques.

2° *Dans les salpingites kystiques profluentes*, afin de rétablir leur libre écoulement dans la cavité utérine. (On sera parfois obligé de rompre quelques adhérences.)

3° *Dans les salpingites kystiques fermées* concurremment à une opération plus radicale : ablation d'annexes, salpingotomie Laroyenne, etc. dans le but de maintenir la statique de l'utérus compromise par l'opération.

4° *Dans les salpingites parenchymateuses très douloureuses* ou entraînant une déviation de l'utérus seule ou concurremment à une ablation d'annexes.

VU : LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
LAROYENNE.

Permis d'imprimer
Lyon, le 30 janvier 1895.
LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

